FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE PARIS VI

ANNÉE 1973 N°

THÈSE

60

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Claude AUZEL

Né le 3 août 1936 à Roanne (Loire)

Présentée et soutenue publiquement le :

Importance de l'association de la radiographie et de l'examen anatomo-pathologique dans l'étude des guérisons de Lourdes

(à propos d'une observation)

Président : Monsieur le Professeur E. CHERIGIE

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS VI

-:-:-:-:-:-:-:-

ANNEE 1973 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Claude AUZEL

Né le 3 août 1936 à Roanne (Loire)

-:-:-:-:-:-:-:-

Présentée et soutenue publiquement le :

-:-:-:-:-:-:-:-

IMPORTANCE DE L'ASSOCIATION DE LA RADIOGRAPHIE ET DE L'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DANS L'ETUDE DES GUERISONS DE LOURDES

(à propos d'une observation)

Président : Monsieur le Professeur E. CHERIGIE

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

Professeurs titulaires

-:-:-

MM. ANDRE R.	Hématologie	MM. GIRARD F.	Physiologie
BRISSAUD H.	Pédiatrie	GOSSET F.	Chirurgie
BROCARD R.	Médecine	GOLVAN Y.J.	Parasitologie
CAROLI J.	Médecine	HUGELIN A.	Physiologie
CATINAT J.	Cardiologie	LAPLANE R.	Pédiatrie
CERBONNET G.	Chirurgie	LE LORIER G.	Obstétrique
CHALUT J.	Radiologie	LOEPER J.	Médecine Expérimentale - Immunologie
CHERIGIE E.	Radiologie		
CHIGOT P.L.	Chirurgie infantile		
CONTAMIN Fr.	Neurologie	LOYGUE J.	Chirurgie
CONTE M.	Médecine	MAROIS M.	Histologie
DAGUET L.	Bactériologie	MERGER R.	Obstétrique
DEBRAY J.	Médecine	MILHAUD G.	Biophysique
DRY J.	Médecine	NICK J.	Neurologie
FLABEAU F.	Chirurgie	ORCEL L.	Anatomie pathologique
GERBEAUX J.	Thérapeutique		
		PERRAULT M.	Médecine
		POLONOVSKI C.	Pédiatrie
		POLONOVSKI J.	Biochimie
		RICHET G.	Néphrologie

Professeurs sans chaire

-:-:-

MM. BRICOUT F.	Bactério-Virologie	MM. LESTRADET H.	Pédiatrie
Mme CHAPUT A.	Stomatologie	PICARD J.	Biochimie
MM. DUHAMEL G.	Hématologie	PIERON R.	Pneumo-Phtisio
		ROUX Ch.	Embryologie

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548019_0010

Maîtres de Conférences

-:-:-

MM.	AKOUN G.	Médecine
Mme	ARON D	Ophtalmo.
MM.	AMSTUTZ P.	Réanimation
	APOIL A.	Orth. Traum.
	ARDAILLOU R.	Physiologie
	ATTAL	Pédiatrie
	BAUX S.	Chirurgie
	BOURY G.	Chirurgie
	CHEYMOL G.	Pharmacologie
	CHOUARD Cl.	O.R.L.
	CLOAREC M.	Médecine
Mme	COMBRISSON A.	Hématologie
MM.	DECROIX G.	Pneumo-Phtisio.
	DELIGNE P.	Anesthésiologie
	DOYON D.	Radiologie
	FONTAINE J.L.	Pédiatrie
	FOUET P.	Thérapeutique
	GAUTIER H.	Physiologie
	GRUNER M.	Chirurgie Infantile
	GUILMET Cl.	Anesthésiologie
	GUIRAUDON G.	Anatomie
	HERMAN D.	Médecine
	HUGUET Cl.	Chirurgie
	HUGUIER M.	Chirurgie
MM.	KRULIK M.	Méd. Gle
	LASFARGUES G.	Pédiatrie
	LAUGIER A.	Radiologie
	LEVY V.G.	Médecine
	MALAFOSSE M.	Chirurgie
	MENSCH B.	Biophysique
	MERY J.Ph.	Néphrologie
Mme	MIGNON Fr.	Néphrologie
MM.	NAJMAN A.	Hématologie
	NICOLLE M.	Neurologie
	OPOLON J.	Médecine
	PAQUELIN Fr.	O.R.L.
	PISSARRO B.	Méd. Préventive
	RAMPINI Cl.	Biochimie
	RICHARDET J.M.	Pédiatrie
	ROLAND J.	Anat. Pathol.
	SALAT J.	Obstétrique
	SALMON Ch.	Hématologie
	SANTARELLI J.	Obstétrique
	WARGON H.	Méd. Expérim.
	WEINMANN S.	Biochimie
	WITCHITZ S.	Cardiologie

Enseignants Associés

-:-:-

ELIAKIS Em.	Médecine Légale

Enseignants Contractuels

-:-:-

M.C.A.	M. KIRSCH F.	Physiologie biochimique

Chargés d'Enseignement

-:-:-

MM.	BENOIT	Rhumatologie	MM.	DUNET	Endocrinologie
	BRUEZIERE	Chirurgie infantile		LOFFREDO	Obstétrique
	CRISTOL	Cardiologie		SALOMON	Rhumatologie

Attachés d'Enseignement

-:-:-

MM.	CASASSUS	Cardiologie	MM.	HIVET	Chirurgie
	COUVREUR	Thérapeutique		MIGNOT	Neurologie
	DES LAURIERS	Neurologie		SAUVAN	Cardiologie
	GALLOUEDEC	Pneumologie		VANNIER	Pneumologie

Hermès Trismégiste, figure de la Mythologie grecque identifié avec Mercure par les Latins ; il porte en sa main gauche le Caducée de l'initié, emblème de la profession médicale aujourd'hui.

Le Serment n'est pas tout le critère de la Fidélité jurée ; l'homme aussi garantit la valeur du Serment.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les Lois de l'Humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque.

DEDICACES

Τῷ ἐν Ὑψίστοις
αἰωνίῳ τε καὶ τρισαγίῳ Θεῷ τοῦ παντός :
Τιμή, Δόξα καὶ Βασίλεια.
Οὗ τά ἀναρίθμητα ἔργα, θαυμαστά ἐν οφθαλμοῖς ἡμῶν
μυστηριώδη τῷ λογισμῷ, ἱλιγγιώντα δέ τον νοῦν !

Τῷ Υἱῷ Αὐτοῦ Σωτῆρι Ἰησοῦ Χριστῷ :
Ἐν αὐτῷ ζωὴ ἦν, καὶ ἡ ζωὴ ἦν τὸ φῶς τῶν ἀνθρώπων
καὶ τὸ φῶς ἐν τῇ σκοτίᾳ φαίνει ...
Ἦν τὸ φῶς τὸ ἀληθινόν, ὃ φωτίζει πάντα ἄνθρωπον
ἐρχόμενον εἰς τὸν κόσμον.

Τοῖς ἡμετέροις μοι ἐν τῃ σκιᾷ ✝
Προπάπῳ
AUZEL Jean-Georges Πάππῳ, pasteur, καὶ
AUZEL Georges-Marie Πατρί, humaniste, τε καὶ θείῳ
AUZEL Francisque, Professeur de Physique, théologue et démonologue.

Λαοδόκῳ πιστοῖς Πατροπαραδότως τε καὶ
Λαΐῳ ἐν τῇ Τοῦ Ἁγίου Πνεύματος προσδοκίᾳ.

A Monsieur le Professeur Ed. CHERIGIE

Professeur de Radiologie au C.H.U. SAINT-ANTOINE

Chef de Service de Radiologie de l'Hôpital

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de guerre, Médaille de la résistance

qui a bien voulu me faire l'honneur
de présider cette thèse.

Qu'il soit assuré de ma reconnaissance
et de mon respect admiratif.

A Monsieur le Professeur LEMAIRE
Ex-Doyen du C.H.U. SAINT-ANTOINE

Je garde le souvenir du sérieux qui régnait dans son service, comme de la politesse qu'il rendait à ses stagiaires.

A Monsieur le Professeur J. LOYGUE
Doyen du C.H.U. SAINT-ANTOINE

Hommages respectueux.

A Monsieur le Professeur MERGER
et à tous ceux de son Service

Hommages et reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Cl. GUILMET

Reconnaissance.

A Monsieur et à Madame KOURILSKY et à toute
leur équipe : assistants, infirmières

Expression de ma profonde et respectueuse amitié.

A Monsieur le Professeur DRY

L'expression de la sympathie qu'il inspire.

A Monsieur le Docteur MANGIAPAN, Pédiatre
Ex-Chef de Clinique médicale et chirurgicale infantile
à la Faculté de Marseille
Président du Bureau Médical de Lourdes

qui m'a aidé à consulter les dossiers radiologiques des malades guéris ;

Ma reconnaissance et mes remerciements ainsi qu'à son aimable secrétaire.

A Monsieur le Professeur M. SALMON
Professeur de Clinique chirurgicale infantile
et orthopédique à la Faculté de Marseille
Chevalier de la Lésion d'Honneur
Chirurgien des Hôpitaux
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie
et de l'Académie de Médecine

dont les travaux, la bienveillance, les encouragements m'ont grandement aidé ;

Tous mes respects.

A la Mémoire du Professeur PASTEUR-VALLERY-RADOT

Mon premier contact avec un Patron
comme avec un service hospitalier.

Au Professeur Cl. LAROCHE
Au Doyen Professeur MILLIEZ
Au Professeur G. RICHET
Au Professeur CROSNIER

qui tous m'ont bien soigné.

A la Mémoire du Docteur DEPLUS, médecin de village,

qui m'a invité à une longue patience.

A Madame DARLAS Docteur
A la Mémoire du Docteur WIMBERGER

artisans de ma convalescence.

Au Professeur MACREZ,

si paternel pour mon système cardio-vasculaire.

Au Docteur René BOURDIOL ,

pour ses conseils, ses soins qui m'ont tenu
debout et son inlassable amitié.

A Madame LAPEYRE Docteur ,

pour sa gentillesse et ses soins envers toute
ma famille.

A ma Grand' mère

A ma Mère

A ma Famille

A mes Amis

IMPORTANCE DE L'ASSOCIATION DE LA RADIOGRAPHIE ET DE L'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DANS L'ETUDE DES GUERISONS DE LOURDES

(à propos d'une observation)

INTRODUCTION

En face de la maladie et de la médecine, la majorité de la population, à notre époque, conserve encore une attitude mentale proche de la magie.

Le médicament, fût-il un placebo, agit comme le philtre puissant qui calme l'angoisse, son ordonnance retourne la situation psychologique du patient qui se trouve satisfait par l'assurance de détenir la clef de la guérison, du moins assurance qui persiste un certain temps ; mais, si le mal est chronique, si les nombreuses médications - voire les opérations chirurgicales - ne réussissent à rendre l'état de santé, alors les gens se tournent vers les promesses de secours des guérisseurs, puis ils sollicitent l'intervention des saints et, finalement, s'adressent au ciel lui-même, demandant un miracle. Alors qu'à l'âge du bronze, il y a plus de 12 000 ans, la trépanation était pratiquée avec succès pour les hématomes intra-crâniens qui en étaient justiciables, aujourd'hui, à l'âge de la science atomique, certains malades anglais ou américains prennent l'avion pour trouver la guérison des maladies les plus diverses près d'un rocher et d'une source qui se trouvent à Lourdes.

Si cette attitude de gens de la civilisation la plus technique qui fût s'explique, en partie, par une certaine soif de merveilleux que ne satisfait plus la médecine classique de plus en plus vulgarisée et dont le prestige est peut-être dévalué, il n'en reste pas moins que le phénomène Lourdes est étonnant à plus d'un titre.

Ignoré ou bruyamment controversé, exposé dans des livres sérieux, déjà sujet de plusieurs thèses cliniques, nous désirons, en le replaçant rapidement dans son cadre au sens large, parler ici de ce qu'apporte à son étude le moyen de la radiographie.

IMPORTANCE DU PHENOMENE DE LOURDES

Depuis plus de cent ans se développe, en France, un fait de plus en plus remarquable par son envergure, croissante, ses caractères économiques, sociologiques, psychologiques et religieux, et dont la ville de Lourdes tire toute sa prospérité ; il repose sur une réputation de guérisons extraordinaires.

Pendant toute la belle saison avec une précision d'horloge, par le train, la route, l'avion, viendront pélerinages après pélerinages. Ainsi, chaque année passent à Lourdes plus de 50.000 malades hospitaliers. Ce nombre augmentera avec la construction d'un nouveau centre d'accueil hospitalier devenu nécessaire (le nombre des malades ambulatoires n'est pas évalué). Outre des religieux : des infirmières, des aides soignantes bénévoles, les accompagnent ainsi bien entendu que des médecins, ceux-ci au nombre de 1600 à 2000 ; enfin, un grand concours de foule, de 3 à 5 millions de pélerins, la plus grande partie venant de nombreux pays étrangers.

Economistes, sociologues, spécialistes de religions, psychologues peuvent s'interroger sur ce phénomène particulier à notre époque et non d'un lointain moyen-âge ; mais également, et à plusieurs titres, le médecin sur les caractères et la réalité tangible des prétendues guérisons, leurs rapports avec la pathologie en général et avec les guérisons naturelles, ou enfin savoir s'il existe quelque intérêt pour certains malades chroniques, incurables et au pronostic péjoratif de se rendre à Lourdes en désespoir de cause...

Un tel phénomène cependant semble avoir eu, dans des contextes différents, des précédents et des analogues au cours de l'histoire, à

plusieurs époques et dans diverses contrées. Mais les documents formels qui en parlent sont très rares. Cependant, nous en avons un précieux témoignage par l'évangile de Jean Contemporain du Christ :

Evangile de Jean, Chapître 5

"Or, à Jérusalem, près de la porte des brebis, il y a une piscine qui s'appelle en hebreu Béthesda, et qui a cinq portiques. Sous ces portiques étaient couchés en grand nombre des malades, des aveugles, des boîteux, des paralytiques qui attendaient le mouvement de l'eau ; car un ange (=envoyé) descendait de temps en temps dans la piscine et agitait l'eau ; et celui qui s'y baignait le premier après que l'eau eut été agitée était guéri, quelle que fut sa maladie".

Un passage obscur du prophète Esaïe, vers 750 avant Jésus-Christ, fait mention d'une source :

Esaïe, Chapître 8 Verset 7

"Parce que ce peuple a méprisé les eaux de Siloé qui coulent doucement"...

Dans Jean, Chapître 9 Verset 7

Nous voyons que cette eau n'était pas méprisable :

"Et (Jésus) lui dit : "va, et lave-toi au réservoir de Siloé " (nom qui signifie Envoyé). Il y alla, se lava, et s'en retourna voyant clair".

L'archéologie a mis à jour et conserve les vestiges de ces deux "piscines" qu'on ne peut confondre, et que les touristes visitent aujourd'hui. Les envoyés qui sont évoqués ici nous font penser à un autre messager, très célèbre chez les Grecs : Hermes Trimégiste, dont les statues portent en la main gauche le caducée, emblème de la profession médicale.

Si la légende raconte que le "guériseur" Asclépios ? guérissait toutes les maladies et tous les moribonds, que se passait-il donc à Epidaure, dans le sanctuaire qui gardait sa mémoire, pour que les malades de toute la Grèce s'y rassemblassent en foule comme il est assuré ?

Que se passait-il encore à Cos, autre sanctuaire à la mémoire d'Asclépios où venaient également de nombreux malades et où il semble bien que le génial Hippocrate ait trouvé, par ce fait, large matière pour une expérience clinique approfondie et une réflexion conséquente qui ont fait de lui l'un des pères de la médecine naturelle de cette époque, et que nous admirons toujours ?

Nous ne pouvons revivre le passé, les témoignages historiques sont fragmentaires, mais nous pouvons explorer ce qui se produit à Lourdes aujourd'hui, il est aisé de s'y rendre ; nous y trouverons le sanctuaire, les piscines, les prêtres, les médecins, l'immense cohorte des malades dont bien des cas dépassent les possibilités médicales les plus récentes, nous y trouverons les ex-voto, les témoignages de guérisons et le Bureau Médical qui les examine.

EVALUATION DU NOMBRE DES PRETENDUES GUERISONS

On peut distinguer des grands groupes de personnes : celles qui déclarent officiellement leur guérison, celles qui en parlent seulement par occasion, à leurs proches, à leurs amis.

Parmi les personnes du premier lot qui déclarent spontanément au Bureau Médical chargé du recueil des informations qu'elles ont été guéries à Lourdes de leur infirmité, se trouvent les cas les plus divers en genre et en qualité.

Un grand nombre de ces déclarations ne tiennent pas dès le premier examen, soit qu'il s'agisse de troubles fonctionnels ou nerveux, soit qu'il n'y ait pas de dossier médical faisant preuve de l'état antérieur et de l'allure de la maladie, soit que l'amélioration subjective ne puisse être objectivée.

Après une première élimination, le Bureau Médical retient environ une trentaine de déclarations par an, pour lesquelles il demandera au médecin accompagnateur, à l'intéressé et au médecin traitant de faire leur possible pour obtenir et présenter les radios, les certificats, les pièces d'observation d'avant la guérison pour la constitution d'un dossier.

Déjà sur ces documents, très peu de cas seront jugés dignes d'une étude plus approfondie : le dossier sera classé.

Le second lot, ceux qui ne déclarent rien officiellement mais qui, dans leur entourage parlent d'une guérison en rapport avec leur passage à Lourdes, se décompose en plusieurs groupes aux motivations variées.

Certains craignent une publicité soudaine envers leur personne ; d'autres des démarches nombreuses, des vérifications, des examens médicaux devant de nombreux médecins, plusieurs années de suite... Il en est qui estiment que leur état de santé fait partie de leur vie personnelle et qu'il n'y a pas lieu d'en faire un évènement public.

Il y a enfin ceux qui ont une prévention contre le Bureau Médical qui, par la rigueur et la sévérité croissantes dont il fait preuve, a fait dire à certains fanatiques qu'il était le "fossoyeur" de Lourdes.

Mais comme au premier chef les personnes les plus directement intéressées par les guérisons ou améliorations qui surviennent en ce lieu sont principalement les malades eux-mêmes, et que leur satisfaction à cet égard a quand même quelque importance, nous pouvons évaluer entre 60 et 100 le nombre des chanceux qui retournent satisfaits chez eux à ce point de vue.

LE DOUTE RADICAL DANS L'EXPERTISE MEDICALE

En médecine du travail dans notre législation actuelle, la répartition et le dédommagement d'une maladie causée vraisemblablement par les conditions du travail, se font au bénéfice de la présomption. Par exemple, si un mineur fait une silicose, maladie dont la radiologie donne un diagnostic quasi indiscutable, on suppose qu'il a contracté cette affection irréversible par l'exercice de son métier et l'on ne se demandera pas s'il manipule par ailleurs de la silice à ses heures de loisirs pour faire de l'émaillage, du meulage ou du polissage.

A lourdes le problème posé n'est pas une causalité de ce type, mais une question d'état pathologique installé dont le diagnostic et le pronostic d'avant le pélerinage ne seront affirmés que par enquête et expertise qui ne peuvent supposer.

On voit donc que le premier point délicat, quand on parle de ces guérisons extraordinaires est la certitude de l'état antérieur, c'est-à-dire la certitude du diagnostic porté par un homme, un confrère.

L'une des tâches du Bureau Médical est de parvenir à la certitude rétrospective de ce diagnostic autant qu'il se peut ; mais elle reste impossible dans de nombreux cas, faute de documents de valeur. C'est également le point où portent au maximum les critiques, et où il y aurait le plus de faiblesse si l'on faisait appel à un témoignage humain qui n'ait pas été consigné par écrit auparavant.

Carrel lui-même, lors de la guérison qu'il a observée, s'est cru victime, au moment même, d'une hallucination, puis, quelques heures plus tard, quand ses confrères et lui-même furent assurés, à l'examen clinique et devant le comportement de l'ex-malade, de la réalité de cette

guérison, de cette manifestation de santé, il s'est demandé s'il n'avait pas commis une erreur de diagnostic. Pourtant, tel avait été celui des médecins qui l'avaient soignée avant qu'il ne la prenne en charge, et le témoignage du dossier médical, comme celui des confrères, des infirmiers et des autres malades ; le témoignage était là, de dix façons différentes.

Le doute est une attitude légitime du médecin en face de son propre diagnostic, quand les symptômes graves disparaissent à la suite d'une thérapeutique spécifique qui semble modeste. Mais il arrive parfois que certains soient menés par là à la preuve et la contrepreuve confirmant ce diagnostic.

C'est le cas survenant parfois à certains endocrinologues qui, par de minimes doses d'hormones, compensent une maladie d'Addison ; si le malade considérablement amélioré oublie quelque temps sa prise thérapeutique, il décompense et fait parfois un collapsus qui demandera une réanimation urgente, avec reprise de l'hormonothérapie.

C'est le cas en médecine du travail, si un cimentier fait un eczéma des membres supérieurs, on l'écarte du contact du ciment jusqu'à guérison et, si à la reprise du travail, il y a réapparition de la dermite, la contre preuve est fournie : elle provient bien du contact du ciment.

Dans le cas des guérisons extraordinaires qui nous occupent, il ne peut y avoir de contre preuve thérapeutique de quelque type que ce soit; le diagnostic initial, les documents initiaux doivent être hautement formels ; sinon inattaquables, du moins difficiles à remettre en cause.

Le neurologue qui porte le diagnostic de sclérose en plaque au tout début de la maladie, malgré la haute probabilité de véracité, s'avance beaucoup, puisque sur des symptômes essentiellement versatiles c'est supposer des lésions du névraxe par définition irréversibles, et que

seule l'autopsie pourrait confirmer. Parler de la guérison de cette maladie, c'est tout à la fois présupposer son existence, faire un pari sur le futur, car on connaît son évolution spontanée de rechutes éloignées et de rémissions imprévisibles comme ce peut être de confondre une maladie organique avec un syndrome psychiâtrique mal défini.

En pareil cas, le neurologue qui a porté initialement le diagnostic hésitera, avec des motifs légitimes, pour ratifier comme une certitude sa première impression d'un temps déjà passé, quand elle ne retrouve plus dans le présent ses fondements cliniques alors évanouis.

Si le Bureau Médical de Lourdes, si le Comité International ont reconnu plusieurs cas de guérison de cette maladie, c'est à cause de raisons cliniques sérieuses : par exemple, sur la longueur particulière de l'évolution antérieure, à raison d'une large manifestation de tous les symptômes de l'atteinte organique de cette maladie avec ses aggravations, ses légères rémissions et son caractère d'une évolution progressive vers une dégradation constante jusqu'à l'atteinte quasi généralisée de la commande des muscles squelettiques et viscéraux, dans un tableau de stade ultime pré-mortel. Passé ce laps de temps de six années après qu'eut été évoqué pour la première fois le diagnostic - temps qui avait motivé des soins fastidieux et de nombreux examens - est alors survenue la guérison ; et c'est longtemps après qu'elle ait fait sa preuve - soit dix ans d'activités normales - qu'a eu lieu cette reconnaissance.

TEMOIGNAGE HUMAIN ET TEMOIN RADIOGRAPHIQUE

Le témoignage humain, même de bonne foi, quand il est unique, en cas de guérison extraordinaire peut toujours être récusé par le scepticisme de tout un chacun. Il est séduisant de lui opposer le témoignage radiologique.

La critique de la validité du témoignage humain porte non seulement au niveau de la conclusion diagnostique finale qui est du ressort, en quelque sorte, de la nature de l'opinion, mais aussi au niveau de tous les processus de son élaboration qui sont principalement l'interrogatoire et l'examen clinique dont chaque élément comporte toujours un facteur personnel important, dont on ne peut nier le caractère subjectif.

Le cliché radiographique, quand il est de bonne qualité, par contre, semble un élément fiable ; les mécanismes physiques de son obtention sont dénués de subjectivisme. Comme valeur de témoignage, on peut lui reconnaître plusieurs qualités importantes outre l'objectivité : le témoignage radiologique est impartial, le témoignage radiologique est permanent ; si le cliché est bien conservé, il garde en lui-même toute son information, au contraire de la mémoire qui s'estompe et, contrairement à l'opinion qui change, il est invariable.

A cause de ces qualités : objectivité, impartialité, permanence, invariabilité, fiabilité, il est séduisant d'en faire une pièce maîtresse pour l'étude des guérisons qui ont lieu à Lourdes.

Enfin, il demeure à la disposition de ceux qui désirent le consulter. Mais, à côté de ces qualités, il comporte des imperfections et des lacunes.

Pour suivre l'évolution d'un phénomène du type de Lourdes dans le temps, les clichés devraient être souvent répétés, et il serait souhaitable de pouvoir disposer de clichés pris avant le passage à Lourdes et juste après ; or, le rythme des clichés est commandé par l'évolution commune de la maladie et non en raison d'un phénomène extraordinaire, aléatoire, rare, et, pour tout malade qui se rend à Lourdes, très improbable. Il faut se contenter des clichés qui furent pris à tel moment donné, et qui encadrent mal et très grossièrement le phénomène.

Le cliché radiologique n'objective pas toutes les maladies, ni même tous les types de lésions anatomiques ; il est restrictif.

LES DOSSIERS RADIOLOGIQUES DE LOURDES

Les médecins du Bureau des constatations de Lourdes ont rapidement saisi l'avantage que pouvait comporter le cliché radiographique, et comme preuve de la maladie, et comme signe de la guérison. De la sorte, il y a à Lourdes une copieuse collection de dossiers radiologiques complétant les dossiers d'observation proprement dits.

Quand on se penche sur l'ensemble des dossiers radiologiques, on se rend compte que c'est un examen qui visualise principalement certains appareils de l'économie du corps humain, et qui donc favorise numériquement l'objectivation de guérison de l'appareil squelettique : os, articulations, rachis ; de l'appareil pulmonaire également.

Avec les moyens de contraste qui furent utilisés les décades passées, se trouve principalement figuré le tractus digestif. Par contre, la thérapeutique chirurgicale ayant raison des calculs des voies biliaires, les dossiers comportant une cholécystographie sont extrêmement rares.

Il est probable que l'évolution récente des techniques radiographiques sera en partie répercutée très progressivement au niveau de cette documentation "historique" et amènera la présence d'une iconographie se rapportant à d'autres systèmes et appareils, comme c'est le cas en médecine classique. Mais il est certain également que l'évolution des moyens thérapeutiques fera encore varier la gamme des types des guérisons enregistrées. Par exemple : l'apparition des grands antibiotiques anti-tuberculeux, conjointement à celle d'autres molécules pharmacologiquement puissantes qui guérissent aujourd'hui des cas autrefois mortels ou désespérément chroniques et invétérés ; ces maladies ne sont presque plus prises en considération au Bureau Médical, par le simple fait qu'une

thérapeutique spécifique déjà éprouvée peut normalement aujourd'hui apporter la guérison. Par contre, avant cette découverte, les dossiers d'atteintes tuberculeuses étaient majoritaires.

CARACTERES RADIOLOGIQUES DES GUERISONS DE LOURDES

Les guérisons qui ressortent de l'étude comparative des clichés avant et des clichés après sont très effectivement manifestées comme de bonne qualité, mais le caractère extraordinaire échappe.

Il n'y a pas de restitution ad integrum comme peut-être on s'attendrait naïvement à le voir de la part de ces guérisons. En fait, il y a, dans la plupart des cas, une cicatrice de bonne qualité. La guérison d'un mal de Pott de jadis, par exemple, se manifeste par un bloc solide et d'excellente allure réalisant la fusion des vertèbres intéressées et la disparition complète de l'image du disque.

Une tuberculose pulmonaire guérie est marquée par des calcifications, une pseudarthrose par un cal bien visible, une maladie colique mal définie a laissé une sclérose segmentaire de la paroi qui se manifeste, après opacification à la baryte, par une image de léger rétrécissement et une diminution nette du péristaltisme à ce niveau.

Ainsi donc, ces dossiers radiologiques montrent des images de guérisons ressemblant à celles que l'on trouve dans les archives hospitalières, si ce n'était les circonstances connexes et la rapidité rapportées par les dossiers d'observation.

Le document radiographique prouve la véracité de l'observation en démontrant la maladie ou lésion, et la guérison ou cicatrice de bonne qualité, mais il demeure généralement muet sur le processus et les circonstances de sa réalisation, et ne met pas obligatoirement en évidence un caractère extraordinaire. Ainsi, en est-il de fistulographies qui montrent un trajet complexe au travers des parties molles ; après fermeture de la fistule, les clichés ne montrent plus grand-chose. Pour illustrer cette thèse, nous avons pris un cas dont l'iconographie est plus spectaculaire.

CARACTERES DES GUERISONS

Quand on entend, par la rumeur publique, parler de guérison à Lourdes, il peut s'agir des choses les plus hétéroclites, et les médecins du Bureau Médical s'attendent à voir de tout, du plus trivial au plus extraordinaire.

Ces guérisons ont lieu au milieu de la foule ; ou bien elles seront réelles, surviendront dans des circonstances discrètes et ne seront pas révélées immédiatement, ou, au contraire, dans des circonstances qui les rendent spectaculaires, et tout le monde en parlera rapidement. Mais il est illusoire de se fier aux bruits qui sont colportés par les gens qui, dans ce lieu, sont naturellement enclins, par un climat particulier qui règne dans la foule, à croire sans preuves le merveilleux, et qui interprètent avec une grande ignorance médicale le spectacle qui parfois s'offre à eux.

Un jeune homme, parmi les malades d'un pélerinage, se servait de béquilles pour progresser, évitant de poser l'une de ses jambes à terre ; mais voilà qu'au milieu de la foule il lâche ses béquilles et marche en posant les deux pieds. En quelques jours, le bruit se répand fort loin que ce jeune homme a été guéri d'une tumeur au genou ; mais, renseignements pris, il s'agissait d'une jambe longuement immobilisée à cause d'une absence de consolidation et qui avait été greffée. Le dernier cliché radiologique de contrôle montrait, un mois avant l'évènement, qu'une reprise de la marche immédiate aurait été prématurée, mais, ce laps de temps écoulé, cet abandon des béquilles qui n'a pas été suivi de catastrophe, n'est peut-être qu'une heureuse coincidence et l'on ne peut, en l'absence de radio ne remontant qu'à quatre ou six jours, lui attribuer d'autre signification.

Voici un autre cas : une personne qui était sourde se met à entendre, elle en parle d'abord au responsable médical de son pélerinage :

le médecin accompagnateur. Celui-ci a déjà connaissance du dossier médical de cette personne, il connait le type de surdité, son organicité, son ancienneté, les traitements médicaux antérieurs, au besoin les opérations qui furent tentées sans résultat.

Il adresse la personne en question au Bureau Médical qui jugera si les documents fournis établissent assez le diagnostic étiologique des troubles d'avant la guérison. Après cela, le Médecin responsable du Bureau Médical, s'il le juge bon, réunit tous les confrères présents ce jour-là, quelle que soit leur spécialité et leurs opinions métaphysiques.

L'anamnèse est reprise avec l'ex-malade, puis un examen clinique classique tâche de mettre en évidence le degré de récupération de la fonction, les examens complémentaires sont demandés qui seront versés au dossier.

Ici encore, on penserait qu'il n'y a plus à garder de méfiance puisque, dans un pareil cas, on voit qu'antérieurement la personne n'entendait pas et que, depuis la guérison, elle entend, elle comprend la conversation. Cependant, ici encore, les certificats initiaux, le dossier d' observation médicale du cas avant le recouvrement de la fonction sont d'une importance capitale. Il n'y a pas de commune mesure, en effet, entre une surdité d'origine hystérique, s'il s'en trouve, une pseudo-surdité due au bouchon de cérumen qui cède à l'eau de la piscine ou de la fontaine, réalisant le lavage du conduit auditif externe, et, ce qui est tout différent, une surdité d'origine organique prouvée.

Telle était celle de Marie Bigot qui fut guérie à Lourdes en 53/54, de cécité, de surdité, de paralysie causées par une récidive d'arachnoïdite qui avait déjà été opérée en neuro-chirurgie ce qui avait procuré une courte rémission, mais pour laquelle après rechute, il n'y avait alors plus aucun recours possible, ni médical, ni chirurgical.

Une telle guérison ne s'ébruite que lentement et, du Bureau Médical, n'émaneront que des informations exactes et qui tendent à clarifier la situation en toute prudence.

ATTITUDE THEORIQUE DU MEDECIN EN FACE DE CES PHENOMENES

La formation cartésienne de notre éducation en général, et anatomo-clinique de notre métier en particulier, hérité de Corvisart et de Laënnec, ne sembleraient pas avoir spécialement préparé les médecins d'aujourd'hui à se confronter avec les phénomènes du type de Lourdes.

Dans la médecine occidentale depuis Claude Bernard, la nature humaine passe pour avoir ses lois propres, rigoureuses, constantes ; les mêmes circonstances devant donner aboutissement aux mêmes effets, tout comme il est de règle en mécanique.

Ainsi, la machine humaine est explorée avec des méthodes de plus en plus scientifiques exprimées bien souvent en termes d'équations, de constantes, de normes. Bon gré, mal gré, le clinicien reconnaît tout ce qu'il doit à l'apport des disciplines de la physique et de la chimie, non seulement au niveau du diagnostic mais, plus profondément chaque jour, au niveau de sa façon de penser. Aussi, que, dans certains cas rares, les lois de la physiologie ne se vérifient pas est très déconcertant. Cette intercalation d'un élément d'exception est de nature à dérouter l'observateur au plus intime de sa philosophie. Une révolution dans le déterminisme des lois de la nature est pour lui une monstruosité, quelque chose d'impensable. En pure logique, dans un premier mouvement, il doit a priori le déclarer impossible. Mais en pure logique aussi, au cas où la chose se produirait quand même, il doit a posteriori y porter toute l'attention que mérite le prodige. On peut récuser une idée quand on la trouve inadéquate ; on ne peut récuser un fait, fût-il unique, quand il se manifeste d'une manière patente.

Dans ce sujet qui nous occupe ici, encore plus que partout ailleurs en médecine, une position d'extrême pragmatisme serait préjudiciable. Et en cela, nous ne pouvons pas suivre jusqu'au bout ceux qui prétendraient que la métaphysique n'a pas à établir a priori et in abstracto ce qui est vrai en soi et pour tous, mais qui assureraient au contraire que son rôle est bien plutôt de distinguer a posteriori dans les faits ce qui est le plus avantageux pour chacun.

Cependant, nous ne pouvons ignorer que le fait scientifique n'est pas l'équivalent du fait brut, seul réel ; il résulte d'un travail de l'esprit humain qui analyse la réalité, en quelque sorte la fragmente et en abstrait des éléments qui, dans la nature, n'existent jamais seuls.

Le fait scientifique, abstraction du fait brut réel, est donc une partie du réel et, pour le savant, de ce réel il serait l'essentiel. Ainsi, la loi scientifique est une loi approchée qui néglige les influences accidentelles généralement peu importantes, mais qui, à cette réserve près, nous permet de connaître ce qui se passe, comme elle nous permet de prévoir ce qui se passera, ou enfin nous donne pouvoir de provoquer ce que nous désirons.

Asymptomatiquement, la science, à partir des faits réels eux-mêmes, par des expériences ou des observations multiples, détermine dans le fait brut ce qui pour elle est essentiel de ce qui est accidentel.

Mais il n'existerait pas de science s'il n'y avait des hommes savants, pas plus qu'il ne saurait y avoir de maladie sans qu'il y ait des hommes malades. Or, quand il s'agit de maladie, pour tel individu malade en particulier, le principal parfois pourrait peut-être consister en ce que le savant très légitimement a jusqu'alors considéré comme seulement accidentel, ce qui veut dire méconnu et négligé. Mais la curiosité humaine est diversement répartie et, s'il est des avantages certains à dégager des lois scientifiques de l'expérience commune, il y a également de l'intérêt à exercer son savoir, comme sa raison et sa

compréhension, sur les phénomènes aléatoires, marginaux ou paradoxaux qui ne sauraient entrer entièrement et en parfaite congruence dans les schémas élaborés à ce jour par les cliniciens, biologistes et physiologistes. Les techniques modernes d'observation n'ont-elles pas amené à la révision du schéma Euclidien de l'univers, si utile pourtant dans la conquête spatiale à l'échelle lunaire, mais dépassée pour l'explication des phénomènes astronomiques à l'échelle stellaire ? Si l'on connaît actuellement par les équations la géométrie d'un mobile sur une trajectoire rectiligne dans le cadre de la relativité d'Einstein, on ne connait pas encore les équations de la géométrie d'un cercle se déplaçant par roulement dans le même système (analogue du problème de la cycloïde dans le système Euclidien) ; et ces équations seraient-elles connues aujourd'hui, quelle intelligence humaine encore toute imprégnée des notions ancestrales puisées dans le maniement des objets à l'échelle de nos actions, réflexions et conditions de vie ordinaire, on pourrait sans vertige appréhender la conceptualisation ?

Le Docteur Alexis Carrel a été l'un des premiers à vouloir considérer sérieusement, d'une manière critique et impartiale, et reconnaître s'il y avait des guérisons de type paradoxales et quasi accidentelles à Lourdes. De la sorte, il a été, par suite des circonstances, confronté à ces phénomènes sur le plan physique, puisqu'il a été témoin oculaire de la guérison instantanée d'une malade dont il avait la responsabilité, et confronté aussi sur le plan rationnel, puisque cette guérison s'est produite à l'encontre du pronostic qu'il avait porté lui-même ainsi que ses confrères. Il a exposé son point de vue et défini ce que doit être l'attitude théorique et pratique du médecin en tant que médecin et homme de science devant ces cas.

ATTITUDE THEORIQUE SELON CARREL

"C'est une grave faute scientifique que de nier la réalité d'un fait sans l'avoir préalablement examiné ; c'est le rôle de la science. La science doit se tenir en garde constamment contre la crédulité et la supercherie, mais il est de son devoir de ne pas rejeter les faits par cela seul qu'ils semblent extra-ordinaires, et qu'elle demeure impuissante à les expliquer. De même, il est imprudent de conclure au surnaturel sous prétexte qu'on ne connait pas la cause. Il s'agit seulement de considérer des faits tels qu'ils peuvent être constatés scientifiquement, en dehors de toute interprétation métaphysique".

ATTITUDE PRATIQUE DE CARREL

Quant à son attitude pratique, Carrel pensait qu'il devait se comporter en instrument enregistreur fidèle avant toute chose. Et c'est, par chance, ce qu'il a eu le loisir de faire dans le cas de Marie Bailly. Il avait connaissance de son dossier médical d'une part, il l'avait examinée cliniquement d'autre part à plusieurs reprises, dans le train du voyage aller, et à chaque moment où elle a eu besoin de ses soins, de sorte qu'il avait la certitude - comme aussi ses confrères qui avaient partagé ses observations - qu'elle avait une péritonite tuberculeuse à la phase terminale.

Le phénomène de la guérison s'étant déroulé sous ses yeux, il a pris des notes au moment même et au fur et à mesure que les choses se passaient, chronométrant avec sa montre. Il décrit cette guérison en écartant de sa pensée et de sa plume tout commentaire, mais rapportant un à un tous les symptômes qu'il constate : régularisation de la respiration, régularisation du pouls, recoloration des téguments, retour de l'abdomen à un volume et à une consistance normaux, retour des forces et de l'appétit...

ATTITUDE PRATIQUE DU MEDECIN D'AUJOURD'HUI

Objectivement, aujourd'hui, que peut faire le médecin qui chercherait à cerner le plus rigoureusement possible - s'il existe - ce phénomène aléatoire de guérisons qui dépasseraient l'ordre naturel ? Pratiquement et sur le terrain, la chose n'est pas simple. Celui qui chercherait à voir de ses yeux, à l'exemple de Carrel, la manifestation d'une guérison, n'a quasiment aucune chance que cela se présente, statistiquement parlant, surtout s'il dispose de peu de temps ; la probabilité est très faible, car à Lourdes se trouve une foule de malades, et quelques-uns seulement sont guéris.

Mais il existe le Bureau Médical où sont rapportées un certain nombre de guérisons, et qui a la charge de réunir une documentation à leur sujet ; ce bureau est ouvert à raison de leur titre à tous les médecins qui le désirent, de quelque confession qu'ils puissent être.

LE BUREAU MEDICAL DE LOURDES
ET
SES METHODES GENERALES

Depuis l'origine des premières guérisons de Lourdes, en 1858, des médecins ont examiné ces phénomènes et y ont consacré une partie de leur vie ; c'est ainsi que s'est formé l'actuel Bureau Médical de Lourdes, tel qu'il existe et fonctionne aujourd'hui.

Les principaux noms sont ceux des Docteurs Dauzou, Vergez, de Saint-Maclou, Boissarie, Marchand, Pélissier, Vallet, Leuret, enfin Olivieri. Actuellement, le président de ce bureau est le docteur Mangiapan.

Le bureau dispose de plusieurs locaux : un bureau proprement dit où le président assure la permanence, un secrétariat où se trouvent les dossiers établis au Bureau Médical, les archives remontent à 1888.

Les dossiers sont répartis en deux catégories ; les plus nombreux sont les cas classés parce qu'il manque des pièces et éléments importants d'appréciation, d'autres pour lequels une enquête est encore en cours. Certains cas reconnus par le bureau sont en instance d'être examinés par le Comité Médical International.

Enfin, il existe des dossiers composés des photocopies des cas reconnus par les divers bureaux médicaux, et qui furent déclarés par l'autorité épiscopale catholique.

Ces dossiers photocopiés sont à la disposition des médecins qui demanderaient à en prendre connaissance.

De plus, le Bureau Médical dispose d'un amphithéâtre de 100 places où peuvent se réunir tous les médecins présents, d'un cabinet d'examen médical, d'une salle d'examen ophtalmologique, d'une salle

de radiographie un peu désuète, d'une bibliothèque.

Lorsqu'une guérison est survenue, si le malade guéri a été présenté au Bureau Médical, les médecins présents à Lourdes à ce moment sont prévenus de l'heure et de la date de l'examen. Avant l'examen collégial, le médecin du pélerinage a présenté au président du bureau le malade guéri, avec son dossier, de sorte qu'il connait déjà un peu quel était l'état antérieur, l'état de la guérison, et que, pour certains cas, il a fait procéder aux examens spéciaux radiologiques, ou par des spécialistes de neurologie, de cardiologie, ainsi que les examens de laboratoire confiés aux établissements privés ou hospitaliers. L'examen collégial, par tous les médecins présents, a lieu ensuite après désignation d'un rapporteur.

Les médecins présents sont priés de répondre aux questions suivantes :

1°) La maladie décrite par les certificats, consignés dans le rapport d'observation, et les copies des examens para-cliniques, existait-elle avec certitude au moment du pélerinage de Lourdes ?

2°) La maladie a-t-elle été brusquement arrêtée dans son évolution alors qu'il n'y avait pas de tendance au mieux ?

3°) Y a-t-il guérison ? A-t-elle eu lieu en dehors d'une médication spécifique en elle-même suffisante ?

4°) Y a-t-il lieu de surseoir à la conclusion pour manque d'information, pour établir la durabilité de la guérison ?

5°) Une explication médicale dans le cas donné de cette guérison peut-elle être trouvée ?

6°) (Echappe-t-elle aux schémas ordinaires de la clinique, de la biologie, de la physiologie) : Echappe-t-elle aux lois naturelles ?

En résumé, ce travail consiste à établir la nature organique de la maladie, préciser les traitements suivis antérieurement et démontrer leur inefficacité, prouver qu'aucune amélioration réelle ne s'est dessinée avant le départ en pélerinage, et que la guérison ne relève pas de la thérapeutique.

Ce premier examen est naturellement insuffisant, il faut revoir la personne l'année suivante ou les années suivantes, pour faire l'épreuve du temps.

Par exemple, pour un cancer, un délai de cinq ans est généralement indispensable, pour une sclérose en plaque également, qui ont des rémissions spontanées de longue durée.

Quand les trois quarts des médecins présents reconnaissent la guérison comme médicalement inexplicable, elle est transmise au Comité International.

Ainsi, les guérisons de syndromes purement fonctionnels sans substratum anatomique, les guérisons des maladies psychiques sont éliminées, et parfois le Bureau Médical est amené à dépister des simulateurs.

LE COMITE INTERNATIONAL DE LOURDES

(Seconde Instance Médicale intervenant après le Bureau Médical)

Il est composé d'environ 30 médecins français, belges, hollandais, anglais, irlandais, luxembourgeois, allemands, suisses, italiens, canadiens et espagnols. Parmi eux, des professeurs, des spécialistes, des chirurgiens, des médecins ; ce qui représente un très large éventail de compétences bien utile, car les guérisons qui surviennent à Lourdes se rapportent à toutes les spécialités.

Le Comité International se réunit ; déjà, les membres ont eu connaissance du dossier établi par le Bureau Médical par les photocopies. Un rapporteur est désigné, la discussion dure environ une heure pour chaque cas. La sanction est le rejet, l'acceptation ou l'ajournement.

Les décisions sont prises à la majorité des voix, comme il se doit, car il s'agit du jugement de la dernière instance médicale, avant que le dossier soit transmis à l'autorité religieuse.

MEMBRES DU COMITE MEDICAL INTERNATIONAL DE LOURDES (1972)

ALLEMAGNE

- Dr. Med. ERNST, Chef-médecin, Cologne, Hildegardiskrankenhaus
  3, Holeeraterstrasse, Cologne.

- Dr. Med MEYXNER, Chef-médecin, Schonmunzach, Schwarzwald.

BELGIQUE

- Dr. Ch. de GHELDERE, à Boussu.
- Dr. VAN DER SCHUEREN, Professeur, rue des Récollets, n°17 Louvain.

CANADA

- Professeur RIOPELLE, 3130, Rue Fendall, Montréal.

ESPAGNE

- Dr. Juan Gilbert QUERALDO, Professeur, Faculté de Médecine de l'Université Muntaner, 292 Barcelona.
- Dr. Augustin GARCIA-DIE, Président pour l'Espagne de l'A.M.I.L. Aragon 289, Barcelona.

FRANCE

- Dr. de BRUN, Médecin-Honoraire des Hôpitaux, 8, rue Juliette Lamber, Paris 17ème.
- Dr. ENNUYER, Chef de Service de la Fondation Curie, 26 rue d'Ulm, Paris 7ème.
- Dr. P. GIRAUD, Professeur de Clinique Médicale Infantile, 7 rue St-Jacques, Marseille.
- Dr. GRENET, Médecin-Honoraire des Hôpitaux de Paris, 54 rue de Rennes, Paris 6ème.
- Dr. KAMMERER, Professeur de Clinique Psychiatrique, 8 Av. d'Alsace, Strasbourg.
- Dr. LANCE, Chirurgien des Hôpitaux, Membre de l'Académie de Chirurgie, Président de la Société Médicale Saint-Luc, Président du Comité International de Lourdes, 73 rue de Courcelles, Paris 8ème.

- Dr. MANGIAPAN, Président du Bureau Médical de Lourdes, Boite Postale 37 - 65 Lourdes.
- Dr. MERLE, Membre de la Société Française de Cardiologie, 36, rue du Courrau, Montpellier.
- Dr. MICHON, Chirurgien de l'Hôpital Necker, 40 rue Barbet-de-Jouy, Paris 7ème.
- Dr. OBERLIN, de l'Académie de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux de Paris, 121 Bd de Saint-Germain, Paris 6è.
- Dr. SALMON, Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile, 31, Cours Pierre-Puget, Marseille.
- Dr. SANDRAIL, Professeur à la Faculté de Médecine, 26 Boulevard Lazare Carnot, Toulouse
- Dr. VALBIGUIE, Professeur à la Faculté de Médecine, 28 Allée François Verdier, Toulouse.

GRANDE BRETAGNE

- Dr. Daniel O'CONNELL, Charing Cross Hospital, London W C 2.
- Dr. Tony WILLIAMS GLENISTER, Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Lourdes, The Keep, 42, Malborough Crescent, Riverhead, Sevenvoaks, Kent.

IRLANDE

- Dr. Hugh Mc CARTHY, 22 Stillargan Grove, Dublin, Blackruck 60.
- Dr. John HEFFERMAN, 1 Temple Gardens, Dublin 6.

ITALIE

- Prof. TRABUCCI, Directeur de l'Hôpital de Psychiatrie de Verone.
- Prof. Doct. Mario CATTABENI, de l'Université de Milan, Viale Gian Galeazzo, 16, Milano.

LUXEMBOURG

- Dr. Gaston KERGER, Neurologue et Psychiatre, 6 rue du Pont, Dietrich, Luxembourg.

PAYS - BAS

- Prof. Doct. J. PRICK, Psychiatre, Université Catholique , 45 Orangesingel, Nijmegen.
- Prof. Doct. F. Van BUCHEN, Duinroos Plantzoen, 15 Haarlem.

SUISSE

- Dr. Paul TERRIER, Oto-rhino-laryngologiste, 5 place St-François, Lausanne.

OBSERVATION

ETUDE RADIOLOGIQUE D'UNE GUERISON DIFFICILEMENT EXPLICABLE DE SARCOME DU BASSIN SURVENUE EN RELATION AVEC UN FAIT MYSTIQUE PARTICULIER

Déroulement des évènements

Vittorio Micheli, italien, est incorporé pour son service militaire le 6 novembre 1961.

Il ne présente aucun antécédent pathologique héréditaire ; il aurait fait une broncho-pneumonie dans sa jeunesse et, à 16 ans, une néphropathie qui ne semblent pas avoir laissé de séquelles.

Le 16 avril 1962 :

Il est admis à l'Hôpital militaire de Vérone pour des douleurs au niveau de l'ischion gauche, douleurs apparues au mois de mars précédent.

Il est remarqué à l'examen :

- Le malade accuse des douleurs au niveau du rachis lombo-sacré, de la hanche et de la cuisse gauche, avec irradiation tout le long du membre inférieur.

- Cliniquement, on remarque la présence, au niveau de la région iliaque gauche, d'une masse volumineuse, mal délimitée, mollasse en situation profonde. La mobilisation de la hanche est très diminuée par suite de la douleur qu'elle entraîne.

Signe de Laségur positif des deux côtés ; réflexes rotuliens vifs

Le 17 avril : examens complémentaires :

- V.S. : 42 mm 1ère heure
  70 mm 2ème heure
- G.R. : 4.690.000
- G.B. : 3.400, formes voisines de la normale
- Urines : R.A.S.

Un traitement médical est prescrit contre la douleur : A.C.T.H.,- Vit. B1 - Vit. B12, qui n'apporte aucune amélioration, la marche est de plus en plus douloureuse.

Le 22 mai : première radiographie

Compte-rendu : Altération structurale de l'os avec ostéolyse de la moitié inférieure de l'aile iliaque gauche et du toit acétabulaire ; les caractères de la lésion font penser à une atteinte néoplasique.

Biopsie sous anesthésie générale.

Le 29 mai : compte-rendu opératoire

Incision au niveau de la région fessière, au-dessus et en arrière du lieu de la cavité cotyloïde. Les muscles grand et moyen fessiers sont traversés. Le petit fessier est en partie détruit, remplacé par un tissu lardacé, compact au toucher, privé de vaisseaux, sans aucune délimitation (non encapsulée).

On prélève plusieurs fragments pour examen. Au-dessous de ce qui reste du muscle petit fessier, on découvre un plan osseux iliaque qui présente de nombreuses végétations irrégulières, sans limites nettes, mamelonnées en certains points, friables en d'autres et faciles à enlever

Dans cette masse osseuse végétative, on prélève plusieurs fragments : hémostase et suture.

Ce chirurgien classera la lésion sous le titre d'ostéo-sarcome.

Compte-rendu histologique du Professeur Natucci

A) Le petit fessier est envahi par un sarcome à cellules fusiformes, caractérisé par une prolifération abondante d'éléments cellulaires allongés, arrondis, avec noyaux fortement atypiques.

Les éléments cellulaires sont distribués en faisceaux orientés de façon variée. La substance fondamentale est infiltrée, réalisant parfois des phénomènes de vacuolisation ; en quelques points, on rencontre parfois de petites infiltrations cellulaires ; l'examen des fragments d'os montre un aspect nécrotique.

B) Seconde interprétation anatomo-pathologique du 11 mai 1969 sur les mêmes lames, par le Professeur Payan :

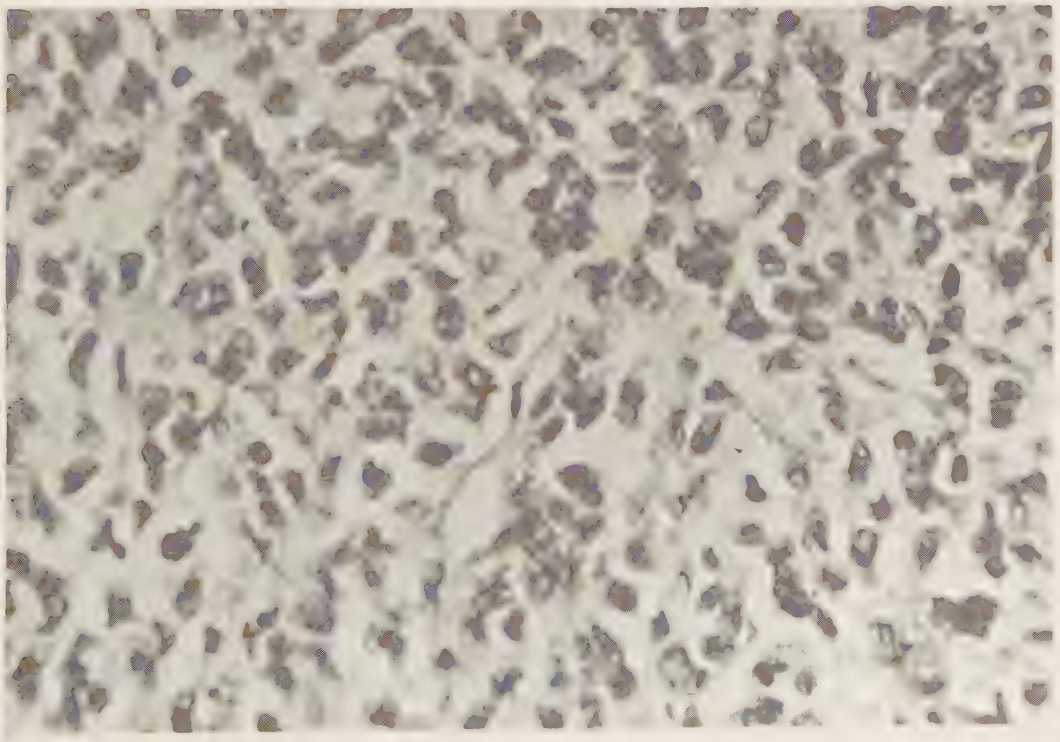
"Du point de vue morphologique, les analyses de ces documents permettent de dégager deux conclusions précises :

- la malignité de la lésion observée,
- son caractère sarcomateux".

Le type de cette tumeur maligne observée ne peut toutefois être affirmé avec une certitude absolue et, si l'on peut éliminer, en l'absence de toute inflexion ostéogénique, l'idée d'un ostéo-sarcome, peuvent être discutées les interprétations diverses qui envisagent l'idée d'un sarcome immature, d'un réticulo-sarcome, d'un angio-sarcome.

Il paraît difficile, sur le document étudié, dans les conditions techniques de sa réalisation, en l'absence de coloration complémentaire, d'aller plus loin dans l'interprétation de ces images, et je rejoindrai la conclusion du Professeur Fabre, à savoir qu'il s'agit d'une tumeur maligne d'origine conjonctive et non ostéogénique.

A- Plages cellulaires massives, monomorphes, caractérisant la tumeur.



B- A un plus fort grossissement, on observe le développement des cellules néoplasiques, au sein d'une trame finement fibrillaire, et le caractère des éléments comportant un cytoplasme réduit, un noyau de taille inégale, atypique, de contours anguleux; de fins capillaires parcourent le tissu.

Les plages néoplasiques se retrouvent au contact des travées osseuses.

Cette tumeur présente les caractères d'une néoformation maligne manifeste, développée à la fois dans le tissu osseux et dans les parties molles, en particulier dans le muscle strié qui se trouve envahi directement.

Tumeur maligne de type sarcome au pronostic généralement sombre, avec, dans le cas particulier, une évolution fulgurante :

- Premières douleurs en mars 1962.
- Hospitalisé le 16 avril 1962.
- Le compte-rendu radiographique du 22 mai signale que l'os iliaque est déjà en grande partie détruit.

Le 22 juin 1962

Micheli est hospitalisé à l'Hôpital militaire de Trente. Aggravation des douleurs au niveau du bassin et du membre inférieur gauche. Grand plâtre pelvi-pédieux.

Le 18 juillet 1962

Radiographie : destruction presque complète de l'hémi-bassin gauche ; il ne persiste qu'une partie de la branche ilio-pubienne et le tiers supérieur de l'os iliaque, ostéoporose du fémur et du genou.

Le Ier août 1962

Malade transféré au Centre des tumeurs de Borgo-di-Val-Sugana, en vue d'un traitement par cobalt.

Il présente alors :

Cliniquement : douleurs continues et état général très mauvais, pâleur de la face, hypotonie musculaire, extra-systoles, tension

artérielle 10/7. Examens abdominal et thoracique négatifs.

Diagnostic : ostéosarcome de l'hémi-bassin gauche.

Radiologiquement : deux clichés sous plâtre :

- Rotation du fémur, ce qui donne une rupture de l'arc cervico-obturateur sans grande ascension de la tête fémorale.
- Disparition des contours, de l'opacité, des dessins trabéculaires de la partie moyenne de l'os iliaque.
- Disparition de tout le cotyle : acétabulum, sourcils, fond du cotyle.
- Absence d'épine iliaque antérieure.

En haut, est conservé, de l'os iliaque, la partie supérieure de l'aileron supérieur, avec le dessin de la crête iliaque.

En bas, le squelette du pourtour du trou obturateur.

Diagnostic : ostéosarcome de l'hémi-bassin gauche.

Trois jours plus tard, Micheli sort de cet établissement parce que jugé non susceptible d'être traité par rayonnements.

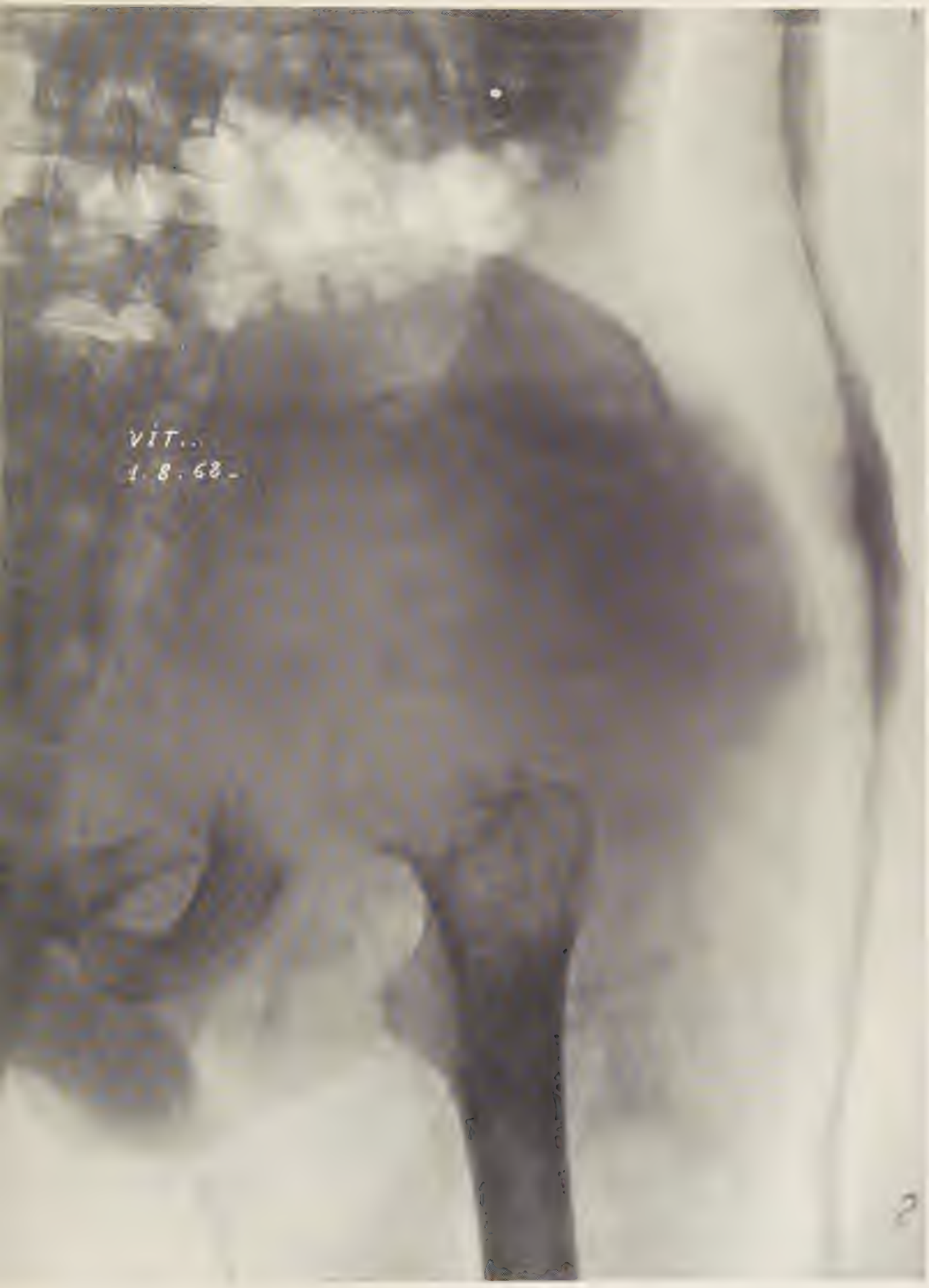
Le plâtre pelvi-pédieux est bien supporté, il permet la marche de sorte que :

Le 5 août 1962

Le malade regagne l'Hôpital militaire avec son plâtre pelvi-pédieux ; il restera dans cet établissement jusqu'au 23 avril 1964.

Le 13 novembre 1962

Les nouveaux clichés montrent une aggravation du processus de destruction de l'hémi-bassin gauche, avec luxation de la tête fémorale qui ascensionne de 5 cm. Cependant, le malade peut marcher avec son appareil plâtré.


VIT..
1.8.68.

$$-23.\ \frac{VIII}{VIII}\ 1$$

A signaler que, du 9 novembre au 10 décembre, Micheli fut atteint d'une bronchite catarrhale diffuse avec fièvre, expectorations, râles à grosses bulles. Cette bronchite fut traitée par des antibiotiques.

Le 12 janvier 1963

Etat stationnaire, "faibles douleurs". On enlève l'appareil plâtré, radiographie.

Pas de modification sensible de l'aspect de la tumeur. Le fémur a perdu toutes connexions avec le bassin ; il est complètement luxé. Confection d'un nouvel appareil plâtré le 19 février 1963.

Au cours des premiers mois de 1963, Micheli présente des troubles digestifs : météorisme abdominal, selles irrégulières... traité par diverses médications (Ticinyl, Trinevrina, Myoglicina). Par ailleurs, le malade accuse des douleurs articulaires diffuses, des céphalées intenses qui semblent avoir persisté de mi-janvier à mi-février.

Le Ier avril 1963

Les douleurs reprennent au niveau de la hanche gauche, avec irradiation vers le genou.

Le 24 mai 1963

Enlèvement de l'appareil plâtré pour le remplacer par un autre, plus renforcé, car le malade désire aller en pélerinage à Lourdes. A l'occasion de ce changement d'appareil, nouvel examen : hanche gauche très déformée, globuleuse ; le membre inférieur gauche a un aspect de "membre en breloque". Il n'est réuni au bassin que par un faisceau de parties molles, sans aucun élément osseux.

A la palpation, on ne perçoit aucun repère squelettique, mais seulement une masse informe, de consistance pâteuse. Le malade est

incapable d'imprimer le moindre mouvement au membre inférieur gauche.

Le 24 mai 1963 : Pélerinage à Lourdes.

Micheli arrive à Lourdes sur un brancard, accusant de vives douleurs qui nécessitent l'administration d'antalgiques. Il avait la sensation que son membre était séparé du bassin. L'état général n'était plus très brillant, il avait perdu l'appétit.

Aucun document ne fait état de commencement d'amélioration avant le pélerinage. Aucune thérapeutique à visée curative contre la tumeur n'avait été prescrite, ni chirurgie, ni rayons, ni antimitotiques.

Après son passage à la piscine avec son plâtre, brusquement, Micheli eut faim, comme tous les malades qui, depuis 1858, trouvent à Lourdes une amélioration de leur état. Il n'eut plus besoin d'antalgiques, les douleurs ayant immédiatement disparu.

Le 6 juin 1963 : retour en Italie

Le 30 juin 1963 : Observation du Docteur Frizzera

Etat général meilleur, arrêt brutal de l'évolution de la tumeur, diminution de la douleur, aucun traitement, ni antalgique, ni anti-infectieux. Conditions générales très améliorées.

Il eut la sensation que son membre ballant était de nouveau rattaché au bassin.

De nouveau le patient marche avec son appareil plâtré.

Le 14 juillet 1963

Radiographie de contrôle malheureusement non communiquée. L'observation porte : "pas de changement notable". Réfection de l'appareil plâtré.

RADIOGRAPHIES DU 23 AOUT 1963

Réapparition d'une apparence d'aile iliaque ainsi que d'une structure osseuse contrastée assurant de nouveau la liaison entre les parties inférieure et supérieure de l'os qui étaient auparavant nettement autonomes.

On discerne une zone de densification en accent circonflexe au pôle supérieur de la tête fémorale, c'est l'ébauche de ce que les clichés ultérieurs feront apparaître comme le toit d'un néocotyle.

23. VIII. 63.

S. XI. 63-

Le 23 août 1963

Radiographie sous plâtre 2 mois et 17 jours après son passage à Lourdes.

Lecture de l'image difficile ; cependant, on constate une densification de la zone où siègeait la tumeur par un processus de recalcification. Réapparition d'une structure osseuse à bords nets assurant la connexion et la continuité entre pubis et ischion en bas, et l'aile iliaque en haut.

Au-dessus de la tête fémorale, apparition d'un liseré de condensation qui sera l'ébauche du contour d'un nouveau cotyle.

Par contre, le fémur reste en position élevée et en rotation.

Du 23 août 1963 au 27 octobre

On signale une gastrite aigüe, des troubles intestinaux motifs de l'administration de diverses médications (charbon, citrosodine, antispasmodiques). Le patient met ces troubles sur le compte d'une indigestion déclenchée par des champignons.

Le 5 novembre 1963 : Cliché radiographique sous plâtre

Le 8 novembre 1963 : Légères douleurs de la hanche et du genou gauche que le patient met en relation avec les conditions climatiques.

Le 5 janvier 1964

Micheli continue à marcher avec l'appareil plâtré sans douleurs et sans béquilles.

Le 18 février 1964

Suppression de l'appareil plâtré, marche immédiatement sans aucune gêne.

A l'examen :

Asymétrie du bassin, membre inférieur gauche en légère abduction et rotation externe de 20°, ascension du grand trochanter ; la hanche gauche est à un niveau plus élevé que la droite ; elle est en position de luxation.

Etude de la mobilité : flexion médiocre 18°, abduction 45°, adduction bonne, rotation très limitée. Raccourcissement de 3 cm par rapport au membre opposé, atrophie du périmètre de la cuisse de 7 cm.

Par ailleurs :

- V.S. : 6 mm., Ière heure.
- Rééducation fonctionnelle au lit du malade.

Le 19 février 1964 : Radiographie, Hôpital Citta di Venico

Compte-rendu : Reconstruction singulière des tissus osseux du bassin qui étaient complètement détruits ; la tête fémorale s'est recréée une cavité nouvelle située à 4 cm au-dessus de la précédente.

Le 24 avril 1964

Micheli, "guéri", regagne son domicile. L'observation de l'hôpital militaire de Trente porte en regard de la date de sortie : "soldat renvoyé dans sa famille en permission extraordinaire, en attente de pension, inapte au service militaire".

Le 12 mai 1964

Visite de contrôle (Hôpital de Lerico) : "Etat général florissant," marche sans cannes, sans douleurs, avec une légère claudication. Membre inférieur gauche en légère rotation externe de 20°. La mobilité articulaire de la hanche est étendue. Flexion 45°, abduction 40°,

RADIOGRAPHIE DU 13 MAI 1964

C'est le premier des clichés en notre possession sur lequel on peut affirmer l'excellence de la guérison ; mais on peut penser à la lecture du compte-rendu du 19 février 1964 que les clichés en question, déjà, n'étaient pas très différents de celui-ci.

rer

rotations abolies ; raccourcissement du membre de 3 cm. Enraidissement modéré du genou gauche : flexion 90°. Pied en léger varus avec mouvements normaux. Oedèmes très modérés de la jambe et du pied ; atrophie de la cuisse 3 cm.

Examen thoraco-abdominal négatif.

Sur le plan local :

La palpation de la branche ilio-pubienne gauche met en évidence la présence d'une masse grosse comme un oeuf de pigeon, lisse, dure, fixée à l'os.

La mobilité de la hanche, quoique réduite de moitié, est très satisfaisante. La marche s'effectue sans canne et sans douleurs. Micheli peut sauter, courir... L'atrophie de la cuisse régresse peu à peu, elle n'est plus que de 2 cm.

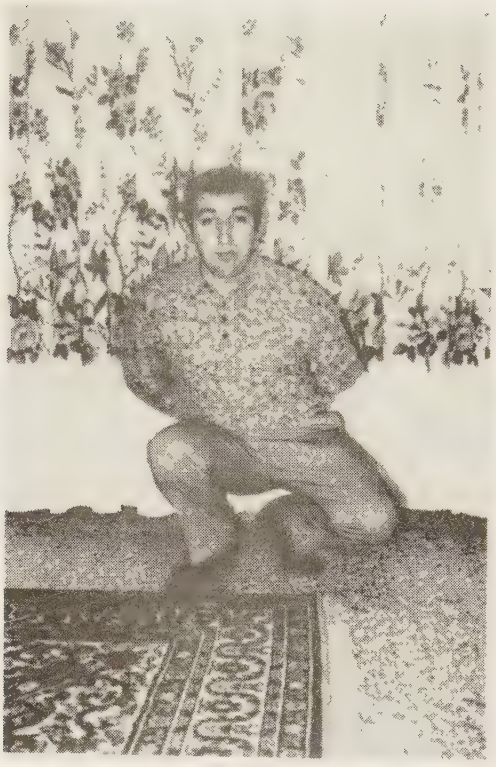
Sur le plan général :

Micheli dit qu'il se sent très bien. Il travaille dans une industrie textile où il reste en position debout 8 à 10 heures par jour, devant sa machine ; il conduit une automobile, fait des randonnées en montagne ; il ne manque jamais son travail.

En 1971, Micheli se marie à Lourdes.

Le 24 janvier 1972

Exellente santé, aucune gêne, marche normale. Photographies ci-contre, l'équilibre monopode gauche est normal, les muscles fessiers développent un tonus efficace pour équilibrer le bassin. En position accroupie, la flexion de la hanche gauche est légèrement diminuée.



Abduction et flexion maximales.

Equilibre monopode gauche normal.

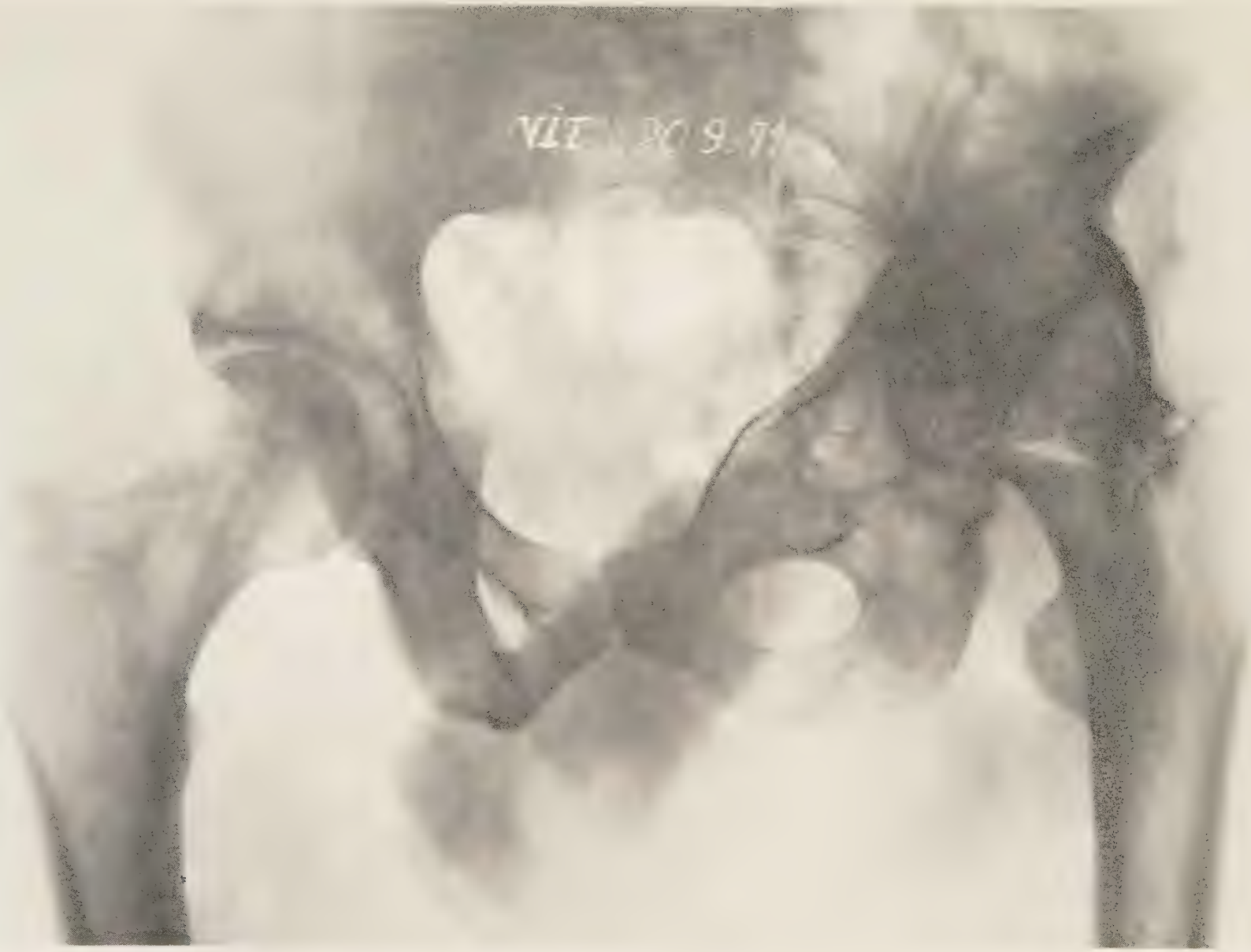
SURVEILLANCE RADIOLOGIQUE ULTERIEURE

L'asymétrie du bassin persiste, fixée, la reconstitution articulaire et la recalcification sont achevées ; l'opacification est comparable à droite et à gauche. La guérison laisse une "cicatrice" radiologique qui à elle seule signe que le bassin a été le siège de remaniements importants ; quand on connait les clichés d'avant le passage à Lourdes et l'absence d'intervention thérapeutique majeure on ne peut que souligner la rareté d'une telle évolution spontanément favorable qui est étonnante.

P15

ox VIT...
II.68.

VIT...
8. IV. 69.



COMMENTAIRES

La clinique, et plus encore la radiographie, permettent avec une grande probabilité d'envisager, dans le cas de Vittorio Micheli, le diagnostic rétrospectif de tumeur maligne de l'hémi-bassin gauche.

Cliniquement apparaît progressivement, sans traumatisme notable, une douleur localisée puis irradiée, suivie par une tuméfaction de la fesse et de hanche gauche située en profondeur, mal limitée, sans signe du flot, mais informe et de consistance pâteuse, sans limite précise avec envahissement des parties molles. Tout cela est en faveur d'une néoformation expansive d'apparence maligne, car on ne saurait envisager ni un hématome, ni un kyste de la gaine du sciatique, ni un abcès, ni l'organisation d'une sclérose musculaire ligneuse secondaire à une ostéite tuberculeuse abortive. Par contre, la vitesse de sédimentation élevée sans signe d'infection, mais la modification de l'état général et surtout la douleur précoce et importante de la mobilisation font penser à une atteinte tumorale osseuse juxta-articulaire. Ces signes cliniques sont sans ambiguïté et posent peu de problèmes, d'autant plus qu'ils sont confirmés par les clichés radiologiques.

Les clichés de 1962 qui sont exposés dans cette thèse et ceux de 1963 (qui manquent malheureusement) montrent une néoformation massive destructrice de la plus grande partie de l'os iliaque avec effacement de la structure osseuse ostéolysée d'une manière caricaturale, disparition de toute trace de la cavité cotyloïde contrastant avec la persistance d'une image très nette de la tête fémorale malgré son ostéoporose d'immobilisation.

La néoformation présente un volume considérable, la densité de son ombre est importante au centre, mais les contours sont extrêmement flous, l'image tumorale se dégrade progressivement pour se

confondre avec celle des parties molles. Il n'y a, en aucun endroit, de réaction périostée, nul indice de reconstruction osseuse, même anarchique.

Radiologiquement, ces caractères impressionnants : ostéolyse, absence de limites précises, aucune reconstruction organisée, emportent la conviction sur le caractère malin de cette tumeur. On écarte facilement une atteinte d'origine infectieuse qui aurait donné un aspect très différent de cette lyse en coup d'éponge mais qui aurait provoqué des fistulisations, on écarte une ostéose de quelque nature que ce soit, parathyroïdienne qui toucherait tout le squelette, ou traumatique, ou d'origine sympathique type Sudeck-Leriche qui toucherait l'os dans son ensemble mais ne romprait pas sa structure en son travers.

Il ne peut être question de tumeur bénigne dont les contours auraient été plus marqués, plus limités, ni d'une tumeur à myéloplaxes ou à cellules géantes sur l'absence de persistance de cloisons osseuses de refend et la totale disparition de toute corticale sur une aussi grande surface.

Il n'y a rien à voir avec un kyste simple ou un kyste anévrismal des os, toutes ces néoformations ayant des caractères limités, une structure contrastée ou hétérogène marquée.

Radiologiquement, on ne peut qu'opter pour le diagnostic de tumeur maligne.

Les clichés ici présentés remontent à 9 mois 20 jours avant le passage à Lourdes, les clichés de Janvier 1963 que nous n'avons pas mais qui montrent des images correspondantes remontent à 2 mois 5 jours avant le moment de la guérison. Les clichés les plus proches après la guérison qui figurent ici ont un recul de 2 mois 17 jours. En tout, 4 mois 22 jours sans contrôle radiologique. Il est regrettable de ne pas disposer de clichés qui encadreraient au plus juste le phénomène qui nous occupe, mais, encore une fois, tels sont les aléas de la

radiographie vis-à-vis des guérisons inattendues ; pourquoi irradier inutilement un malade, le rythme des clichés est dicté par l'évolution normale de la maladie telle que le fait penser le pronostic.

Vittorio Micheli était considéré comme perdu, il n'avait aucun traitement spécifique, ni chirurgical, ni antimitotique, ni par gamma-thérapie.

DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Théoriquement, c'est l'étude histologique qui, en matière de tumeur, apporte la certitude du diagnostic sur la malignité, sur le type et la provenance de la néoformation.

En l'occurence, si les chirurgiens qui pratiquèrent la biopsie parlèrent d'ostéosarcome, c'est qu'ils avaient pratiqué le prélèvement sur l'iliaque à la hauteur du muscle petit fessier et qu'ils avaient porté sur le compte-rendu "présence de végétations au niveau du plan osseux". Mais les lames pour l'examen anatomo-pathologique qui en ont été faites sont d'interprétation délicate quant au type et à l'origine du sarcome. Ces lames montrent en effet de grandes plages cellulaires massives monomorphes parcourues de fins capillaires, les cellules néoplasiques au sein d'une trame finement fibrillaire comportent un cytoplasme relativement reduit, de nombreuses mitoses, une atypie des noyaux de tailles inégales, de contours irréguliers, anguleux. Les plages cellulaires ne sont pas limitées par une "capsule" mais elles envahissent directement l'os et le muscle dissociant les fibres musculaires hypotrophiques.

Ces anomalies font conclure à la malignité de la lésion observée et à son caractère sarcomateux ; mais, à cause de la technique qui a été utilisée à cette époque, de l'absence de coloration spéciale complémentaire, le type du sarcome ne peut être précisé. Cependant, il semble bien que l'on puisse écarter l'idée d'ostéosarcome en l'absence de toute inflexion ostéogénique ou ostéoclastique ; par contre, il est possible d'hésiter avec autant de raison entre un sarcome immature, un réticulo-sarcome ou un angiosarcome. Quoiqu'il en soit, il s'agit histologiquement d'une tumeur d'allure maligne d'origine conjonctive non ostéogénique.

C- Plages néoplasiques visibles au contact d'un travée osseuse.

D- Extension de la tumeur dans les parties molles, avec pénétration dans le muscle, entre les fibres largement dissociées et hypotrophiques .

Pronostic :

Bien que le diagnostic anatomo-pathologique précis soit un facteur important du pronostic et des indications thérapeutiques, de toute manière, chez un malade dont la vitesse de sédimentation est élevée, la présence de mitoses nombreuses et d'atypies nucléaires au sein d'une néoformation à structure maligne et à développement rapide est d'un sombre pronostic ; or, pour des douleurs apparues en mars 1962, les radios du 22 mai 1962 montrent déjà une grande destruction de l'os iliaque. Tous les éléments cliniques semblent confirmer ce pronostic puisque, progressivement et irréversiblement, l'état général du patient se dégrade jusqu'à sa venue à Lourdes. A tort ou à raison, c'est bien ce que semblaient penser les médecins responsables du malade puisqu'ils n'ont proposé, en définitive, aucune thérapeutique anti-tumorale, et se sont bornés à une action antalgique et symptomatique.

Discussion sur la guérison :

On ne saurait contester la réalité de la guérison, mais ses caractères spécifiques extraordinaire peuvent être discutés. Le maintien de la guérison sans rechute depuis dix ans ne fait aucun doute, la validité du néocotyle, sa solidité, l'absence pour le moment de processus arthrosique, la parfaite indolence et la fonction satisfaisante à une utilisation normale quasi sportive le confirment.

Mais il existe de par le monde des guérisons que l'on a dites "spontanées" de tumeurs qui passent également pour cancéreuses ; la littérature à ce sujet ne rapporte que quelques cas de sarcomes des os ; un ou deux cas sembleraient réels, mais leurs circonstances ne sont pas assez précisées pour qu'on puisse les comparer pour le

moment à cette guérison qui nous occupe. En effet, celles-là sont isolées et erratiques ; celle-ci rentre dans le cadre typique des guérisons de Lourdes par le fait qu'elle en présente des aspects classiques.

Le premier fait, c'est-à-dire qu'elle soit en rapport de concomitance étroit avec un pélerinage dans un lieu célèbre ne peut être retenu pour critère valable pour un esprit sceptique, et arguer uniquement de l'unité de lieu pour la rapprocher des autres guérisons qui se manifestent là constituerait une pétition de principe à laquelle il serait aisé de répondre que, vu le nombre des malades qui passent ici, il y a statistiquement quelques chances que, dans le lot se trouvent quelques guérisons curieuses.

Cependant, c'est oublier qu'il y a eu dans le passé, à l'origine du pélerinage, un rapport bien plus élevé de guérisons et bien moins de malades et de pélerins.

Le second fait est qu'on relève un moment privilégié, un instant précis que le patient peut situer par rapport aux circonstances et dont parfois peuvent témoigner les personnes présentes. En l'occurence, Vittorio Micheli affirme que c'est juste après le bain à la piscine qu'il a ressenti la disparition quasi-instantanée des douleurs importantes qui motivaient l'administration de calmants et de composés morphiniques.

Le troisième fait est l'arrêt immédiat des antalgiques morphiniques et l'absence curieuse de phénomène de sevrage, aucun besoin physique ou psychique, aucune manifestation notable sur le plan de l'humeur ou sur le plan somatique. C'est un fait qui s'observe à Lourdes après la guérison de malades qui étaient sous la dépendance d'une médication soit morphinique, soit d'autre substance : hormones surrénaliennes lors de la guérison d'une maladie d'Addison.

Le quatrième fait très général à Lourdes est que l'anorexie progressivement installée depuis plusieurs mois fait place à une faim importante.

Il ne nous est pas rapporté si Micheli avait de la fièvre, car, lors d'une guérison, il y a à Lourdes disparition rapide des fièvres les plus tenaces.

En un mot, alors que l'état général allait vers une aggravation progressive, à partir de ce moment précis, il y a disparition des signes généraux de l'état de maladie qui tenait tout l'organisme, et celle-ci rétrocède très rapidement. Un mois après son passage à Lourdes, Micheli a eu la certitude de la "consolidation de sa cuisse" qui, de nouveau, paraissait attachée au bassin ; son membre inférieur pouvait à nouveau le porter et il abandonna béquilles et cannes et put marcher.

En conclusion de l'étude de ce dossier, malgré l'iconographie radiographique particulièrement spectaculaire présentée et qui indique clairement qu'il s'est passé quelque chose d'important sur le plan de la pathologie en premier lieu, puisque sont intervenus secondairement, du côté évolution et guérison, des processus peu compréhensibles (et tels que je n'en ai jamais vu de semblables survenus naturellement et spontanément dans le cadre hospitalier... bien au contraire !), tout le reste de l'observation est indispensable pour avancer dans la reconnaissance que ces faits, médicalement extraordinaires, sont probablement en relation avec le phénomène de Lourdes.

L'esprit scientifique aimerait que de tels phénomènes puissent être encore plus strictement contrôlés ; en particulier du point de vue radiographique, on souhaiterait disposer de clichés qui encadreraient mieux le phénomène dans le temps, et du point de vue anatomo-pathologique disposer de lames qui permettent un diagnostic non seulement très crédible, mais beaucoup plus circonstancié. L'idée qui vient

naturellement à l'esprit serait de soumettre à un contrôle radiographique tout malade arrivant à Lourdes dont le dossier radiologique ne serait pas exactement à jour ; mais cette idée, si elle n'est pas pure utopie, relève pour le moment d'une méconnaissance naïve des conditions matérielles existantes, comme elle se heurte à bien des réalités du contrôle médical et hospitalier d'où proviennent les malades.

En premier lieu, il faudrait pour cela qu'il y ait préalablement à leur débarquement en gare de Lourdes ou à l'aéroport, une prise de connaissance plus approfondie des observations médicales de chaque cas, observations qui, bien souvent, et très naturellement, restent dans les services hospitaliers dont proviennent les malades. Le médecin responsable accompagnateur n'a bien souvent qu'un résumé d'observation nécessaire et suffisant pour assurer la continuité des soins, et c'est entièrement justifié ; que ferait-il de 50 à 100 dossiers médicaux complets et volumineux, lors de cette périgrination d'une semaine environ ?

En second lieu, si les cas dignes d'intérêt à ce point de vue pouvaient être déterminés, il faudrait disposer d'un bloc radiologique moderne desservi par une équipe hautement spécialisée dans toutes les sortes d'investigations.

Ici, se posent encore de nombreux problèmes, par exemple celui des crédits et de la rentabilité, car la curiosité scientifique, pour légitime qu'elle soit, ne saurait justifier une telle dépense si ce n'est dans le cadre d'un organisme de recherche purement théorique, ce que n'est pas le Bureau Médical de Lourdes.

Un second obstacle serait celui du temps nécessaire à l'organisation de cet examen pour un grand nombre de malades, et les questions de leur brancardage et de leur manipulation dans la salle d'examen. Les jours d'un pélerinage sont comptés, de nombreuses activités

y sont normalement inclues, les malades doivent bénéficier de la continuité des soins, ils doivent récupérer les fatigues du voyage, leur nombre global est important et celui des brancardiers et infirmières est juste suffisant pour les déplacements et le service indispensables.

Quant aux malades, beaucoup sont compréhensifs, mais ils viennent dans un but religieux et dans l'espoir d'une guérison ; aussi, il est délicat de les considérer comme des sujets d'expérience. Surtout, ils ont tous, vu la gravité de leur cas, non seulement des médecins traitants, mais ils dépendent de la responsabilité de l'équipe médicale de l'hôpital d'où ils viennent et où, la semaine de pélerinage écoulée, ils retourneront.

Enfin, pour une grande part d'entre-eux, cet examen radiographique du strict point de vue de la surveillance médicale de l'évolution normale du cas serait passablement inutile, il n'y aurait de bénéfice que chez les quelques privilégiés d'une rare guérison extraordinaire. Sans hypothéquer l'avenir en décrétant qu'il n'est pas souhaitable qu'une telle installation puisse un jour fonctionner, on peut dire aujourd'hui que, pour les malades qui guérissent, s'ils déclarent immédiatement leur guérison, il est toujours possible, après l'examen clinique d'usage, de les orienter vers le service de radiologie qui comporte l'installation et l'équipe la plus appropriée aux investigations propres au cas en question. Il ne manque pas de laboratoires, tant privés qu'hospitaliers, qui présentent l'éventail nécessaire.

Quand, dans un service hospitalier, un malade demande à se rendre à Lourdes et que cela lui est accordé à cause de son obstination, il serait souhaitable que l'équipe médicale, tant par curiosité que par esprit scientifique - sans aller jusqu'à un shek-up inutile et dispendieux - fasse sérieusement le point de la situation pour qu'il soit consigné. S'il existe un dossier radiologique en cours concernant l'affection en cause, il serait également souhaitable qu'on procéde, dans la mesure du respect

des priorités, à sa mise à jour, ce qui serait un élément de base pour toute comparaison si, par imprévu, il se passait quelque chose lors du pélerinage.

A cet égard, il semble que, malgré la barrière linguistique, il soit plus facile de collaborer avec les services de radiologie des hôpitaux de Londres, Liverpool ou Rome, qu'avec certains hôpitaux français.

CONCLUSION

L'idée ou le désir qui fut à l'origine de cette thèse était de connaître, de surprendre, de comprendre les "choses" qui se passent à Lourdes et qui pour un large public restent des faits mystérieux, présentés comme merveilleux par les uns, comme illusions et fables pour les autres ; c'était une profonde curiosité pour des phénomènes souvent allégués, mais incroyables, et pourtant profondément implantés dans l'arrière pensée ou la mythologie populaire de notre époque et dont on dit généralement pour clore toute discussion trop passionnée à leur sujet : "j'aimerais bien voir cela de mes yeux".

A défaut de surprendre une guérison extraordinaire en "flagrant délit", sachant qu'il y avait à Lourdes un Bureau Médical qui possédait des archives radiologiques et connaissant la valeur du témoignage du cliché radiographique, il paraissait assez simple en les consultant de relever les guérisons et de "percer à jour" leur caractère extraordinaire s'il existait. En d'autres termes c'était penser :

"Les rayons X feront la lumière sur cette affaire".

Expérience faite, il apparaît qu'il n'en est pas tout à fait de la sorte. Ainsi, devant une série de clichés d'un même individu, dont les images sont nettes, indiscutables, interprétables, sans ambiguïté apparente et qui montrent des altérations importantes de corps vertébraux cervicaux, puis la résolution de ces altérations jusqu'à restitution d'images d'allure anatomique normale, on est porté à dire :

"Ici il y a eu un mal de Pott cervical et en voilà la guérison presque parfaite, ceci est un cas exceptionnel".

Or c'est le résultat d'une première et hâtive interprétation des

images, et des seules images radiologiques hors du contexte clinique. Mais contrairement au cas qui nous a servi d'illustration, pour celui-ci le dossier médical consulté enseigne que cette guérison d'un jeune enfant gravement touché, présentant non seulement des signes locaux mais généraux et des conséquences d'une compression médullaire à ce niveau n'a pas été rapide, mais qu'elle a suivi le cours quasi ordinaire d'une évolution naturellement favorable et que la qualité frappante des images après la restitution quasi anatomique, l'absence de séquelles est peut-être beaucoup plus facilement explicable par les capacités potentielles ; la réaction d'un organisme jeune, entouré de soins hygiéniques et médicaux adéquats, au sein d'une famille optimiste, dans un climat psychologique bénéfique, que par l'intervention extraordinaire et rapide d'une puissance inconnue. C'est pour cela que le Bureau Médical qui garde ce dossier dans ses archives, quoiqu'en puisse penser l'intéressé, sa famille, ses proches et tous les fanatiques de Lourdes ne regardera jamais cette guérison comme extraordinaire.

Inversement des images qui montrent une cicatrice de bonne qualité sans plus, accompagnant une observation qui dit que la guérison s'est passée en dehors des lois et règles habituelles de la thérapeutique classique, à l'encontre du pronostic, sera reconnue comme extraordinaire si les preuves sont suffisantes.

A Lourdes, pas plus qu'ailleurs en médecine, le médecin ne peut dissocier le dossier radiologique de son contexte clinique et paraclinique, pas plus qu'il ne peut isoler le cas de sa conjoncture évolutive et historique.

Apport important quand il s'agit de certaines lésions, fondamental parfois dans l'expertise de certaines guérisons, son potentiel d'information est rarement suffisant pour trancher à lui seul la question :

Cette guérison est-elle extraordinaire ?

EPILOGUE

Tout médecin peut se rendre à Lourdes et constater les faits et tous les documents s'il veut bien y consacrer du temps...

Les phénomènes qui s'y passent peuvent lui poser plus de problèmes philosophiques et théologiques qu'ils n'en résolvent.

Qu'elle est cette puissance qui se rend victorieuse de la maladie la plus rebelle dans un corps à toute extrémité de forces naturelles ? Qu'elle est cette puissance qui répare en laissant parfois une cicatrice si importante ou qui à l'inverse corrige parfaitement chez une jeune fille l'inégalité des membres inférieurs alors que cela ne lui occasionnait qu'une légère boiterie fort supportable, enfin puissance qui en apparence ne s'exerce que sur un nombre limité de patients ?

Je ne sais si c'est ici la réponse :

"ἀλλα λήμψεσθε δύναμιν
ἐπελθόντος τοῦ ἁγίου πνευματος ἐφ ὑμᾶς,
καὶ ἔσεσθέ μου μαρτυρες"
Λέγει ὁ Ἰησοῦς

Albert EINSTEIN 1879-1955 à sa table de travail

BIBLIOGRAPHIE

Docteur René BIOT

Lourdes et le miracle - Dialogue de médecins, Spes 1958.

Docteur Gustave BOISSARIE

Lourdes, histoire médicale, Lecoffre 1891.

Lourdes depuis 1858 jusqu'à nos jours - Sanard et Deraugeon 1894.

Les grandes guérisons de Lourdes, Téqui 1900.

L'oeuvre de Lourdes, Téqui 1907.

Lourdes, les guérisons, 4 séries, bonne presse, 1911 - 1922.

Docteur Francoise BOISSARIE de l'EPINE

Lourdes, médecins et guérisons. Editions Internationales, 1952.

Cahiers LAENNEC

Les miracles de Lourdes, 1948, N°3 et 4 (épuisé).

Docteur Alexis CARREL

L'homme cet inconnu - Plon 1935.

Le voyage de Lourdes - Plon 1949.

Docteur Gabriel DEBROISE

Un miracle à Lourdes en 1954 - La guérison de Marie Bigot,

Imprimerie bretonne - Rennes 1957.

Docteur Pierre Romain DOZOUS

La grotte de Lourdes, ses fontaines, ses guérisons -

2ème édition - Bonne presse 1926.

Docteur GUARNER Anicet

De l'instantanéité des guérisons de Lourdes - Thèse (Alger) 1935.

Docteur LE BEC René et LEURET François

Raisons médicales de croire au miracle - Bonne Presse 1949.

Docteur FORNO Lucien

Le miracle dans la perspective de la médecine psychosomatique. Thèse (Marville) 1952.

Docteur LEURET François et BON Henri

Les guérisons miraculeuses modernes - P.U.F. 1950.

Professeur LHERMITTE Jean

Le problème des miracles - Gallimard 1956.

Docteur MARCHAND Alfred

Les faits de Lourdes, 30 guérisons enregistrées au Bureau Médical. (1919-1922) Téqui 1924.

Les faits de Lourdes, et le bureau des constatations médicales - Téqui 1924.

Les faits de Lourdes, nouvelle série de guérisons miraculeuses - (1923-1925) Téqui 1926.

Docteur MIEST Paul

Les 54 miracles au jugement du Droit canonique - Editions Universitaires 1958.

Docteur MOLINERY Raymond

Le fait de Lourdes devant la critique médicale. A TEILLON 1926.

Docteur MONNIER Louis

Physiologie chirurgicale (mensurations) du membre inférieur. Thèse, 3 février 1886.

Docteur MONNIER Henri

Etude médicale de quelques guérisons survenues à Lourdes - Maloine 1930 - Thèse (Paris).

TABLE DES MATIERES

Introduction..... 1
Importance du phénomène de Lourdes..... 2
Précédents historiques..... 2
Evaluation du nombre des prétendues guérisons..... 5
Le doute radical dans l'expertise médicale..... 7
Témoignage humain et témoin radiographique..... 10
Les dossiers radiologiques de Lourdes..... 12
Caractères radiologiques des guérisons de Lourdes..... 14
Caractères des guérisons..... 15
Attitude théorique du médecin en face de ces phénomènes.. 17
Attitude théorique selon Carrel..... 20
Attitude pratique de Carrel..... 20
Attitude pratique du médecin d'aujourd'hui..... 21
Le Bureau Médical de Lourdes et ses méthodes générales. 22
Le Comité International de Lourdes (Seconde Instance)..... 25
Membres du Comité Médical International de Lourdes en 1972..... 25
Etude radiologique d'une guérison difficilement explicable de sarcome du bassin survenue en relation avec un fait mystique particulier..... 29
. Déroulement des évènements
. Commentaires..... 39
. Pronostic..... 43
. Discussion sur la guérison..... 43
Conclusion..... 49
Epilogue..... 51
Bibliographie..... 52

°
° °
°

Vu, le Président de Thèse

Professeur E. CHERIGIE

Vu, le Doyen

Professeur J. LOYGUE

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET